SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO PARA TRABAJADORES RURALES Nº I (Ley 16.600)- Aseguradora: BENEFICIO S.A. Compañía de Seguros de Vida	A OBLIGATORIO PAR/ ENEFICIO S.A. Com	A TRABAJ, noañía de	ADORES RURALES Nº Seguros de Vida	legajo, registro, ficha, etc.	SEGUR (Ley 16	O COLECTIVO E .600)- Asegurado	E VIDA OE ora: BENEF	LIGATORIO P. ICIO S.A. Con	ARA TRABAJ/ pañía de Segu	SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO PARA TRABAJADORES RURALES   N° legajo, registro, ficha, etc. (Ley 16.600)- Aseguradora: BENEFICIO S.A. Compañía de Seguros de Vida	N° legajo, regis	stro, ficha, etc.
Nombre y Apellido:			C.U.I.L.:		Nombre	Nombre y Apellido:				C.U.I.L.:		
Documento: Tipo: N°:			Riesgo Cu	ubierto:	Docum	Documento: Tipo:	 2			Riesg	Riesgo Cubierto:	
Expedido por: Fecha de Nacimiento	Canital Asedurado	5	Muerte e invalidez total y	y permanente para	Expedido por:	dido por: Fecha de Nacimiento	5	Capital Asequirado	rado	Muerte e invalidez total y permanente para el trabaio	otal y permane:	nte para
Día	Capital básico Capital	Capital adicional	Fecha de Ingreso al empleo	so al empleo	Día	Mes A	T.	Capital básico	Capital adicional	Fecha de I	Fecha de Ingreso al empleo	Oe
DOE	├		Día	Mes Año			\$	$\vdash$		Día	Mes	Año
Domicilio Particular:					Domicili	Domicilio Particular:						
Calle:	N°:		Piso: Dto.:	5.: Cód. Postal:	Calle:			Z		Piso:	Dto.:	Cód. Postal:
Empleador:			C.U.I.T.:		Empleador	ador:				C.U.I.T.:		
Domicilio:					Domicilio:	:0						
(Ale:	Š		Piso: Dto	5.: Cód. Postal:	Calle:			š.		Piso:	Dto.:	Cód. Postal:
BENEFICIARIOS:					BENEF	BENEFICIARIOS:						
Nombre y Apellido	Parentesco	00	Domicilio	Documento		Nombre y Apellido	op	Parentesco	tesco	Domicilio	<u>a</u>	Documento
JA1												
					00							
l Todo el personal asegurado deberá designar beneficiario	l lesignar beneficiario.					l Todo el personal asegurado deberá designar beneficiario	deberá desig	I iar beneficiario.				
Lugar y fecha:			Firma del Asegurado (o impresión digital):		Lugar y fecha:	fecha:				Firma del Empleador (o impresión digital):		
SEGURO COLECTIVO DE VIDA OBLIGATORIO PARA TRABAJADORES RURALES (Lev 16.600)- Aseguradora: BENEFICIO S.A. Compañía de Seguros de Vida	A OBLIGATORIO PAR/	A TRABAJ,	ADORES RURALES № uros de Vida	legajo, registro, ficha, etc.	O -	COMUNICACIÓNALASEGURADO	ASEGUR	ADO		7		
Nombre y Apellido:	-		C.U.I.L.:		<u>.</u> ,	egurado que se l portunamente en	itregada al t	este Certifica omador del pre	sente contrato	El Aseguiado que se luentilida en este Cermicado de Ilicolpolación tendía del echo a solicital una copia de la Alza oportunamente entregada al tomador del presente contrato de seguro.	io a solicitar u	ia copia de la
Documento: Tipo: N°: Expedido por:			Riesgo Cu			guro de Vida Col	ectivo Oblig al v Permar	atorio para Tra	bajadores Rui	<ol> <li>El Seguro de Vida Colectivo Obligatorio para Trabajadores Rurales previsto en la Ley 16.600 cubre los riesgos de Muerte e Invalides Total y Permanente nara el Trabajo. En caso de sujuidio sólo se abonará:</li> </ol>	ey 16.600 cuk	ore los riesgos
	Capital Asegurado	opi	inuerte e invalidez total y permanente para el trabajo.			El capital básico Uniforme Obligatorio.	me Obligat	orio.				
Día Mes Año	Capital básico uniforme y obligatorio Capital	Capital adicional	echa de	al empleo	<u>a</u> «	El importe del capital adicional que tuviera una vigencia de más de . El incumplimiento nor parte del empleador lo hará responsable por:	dicional que	tuviera una viç pleador lo hara	jencia de más responsable r	de un1 año. ocr:		
Φ.	\$ 3.800		Uia	Mes Ano		oorte del seguro del importe total de	obligatorio, o	uando no inco	pore su persoi	a) Elimporte del seguro obligatorio, cuando no incorpore su personal al seguro. b) Por el importe total del seguro contralado, cuando nociuza la exclusión del asegurado, de tal modo que al	ediirado de ta	modo dine
Domicilio Particular:					ocurrire	siniestro el bene	eficiario o lo	s derechohabie	ntes del asegu	urado no perciban el	importe del se	guro.
Calle:	 N		Piso: Dto.	o.: Cód. Postal:	4. Las p adiciona 5. Flem	rimas correspond al a cargo de los a pleador o person	segurados interesados	eguro Obligato «Artículo Nro. 9 a deberá com:	io estaran inte ) — Condicione nicar de inmed	4. Las primas correspondientes al Seguro Doligatono estaran integramente a cargo del empleador y las del seguro adicional a cargo de los asegurados «Artículo Nro. 9— Condiciones Generales Comunes». 5. El empleador o nersona interesada deberá comunicar de inmediato al asegurador en los formularios cue éste le	el empleadory nes>. en los formulari	las del seguro
Empleador:			C.U.I.T.:		suminis	tre, el fallecimier	nto del ase	jurado de acu	erdo a lo dispu	suministre, el fallecimiento del asegurado de acuerdo a lo dispuesto en el Artículo Nro. 11 de las Condiciones	Nro. 11 de las	Condiciones
Domicilio:					Genera	les Comunes, pr ondiere exigir sec	evia preser unlacausa	tación del cer I de la muerte.	ificado de defu	Generales Comunes, previa presentación del certificado de defunción autenticado y cualquier constancia que correspondiere exigir según la causal de la muerte.	y cualquier co	onstancia que
Calle:			Piso: Dto.	o.: Cód. Postal:	6. Los l notificad	peneficios previs do el siniestro o d	itos en esta e acompaña	póliza deberada si correspo	in ser abonad ndiere, la infor	<ol> <li>Los beneficios previstos en esta póliza deberán ser abonados en forma integra dentro de los 15 días de notificado el siniestro o de acompañada si correspondiere, la información complementaria solicitada por la Entidad</li> </ol>	a dentro de lo taria solicitada	os 15 días de por la Entidad
BENEFICIARIOS:					Asegura	adora, de conforr	nidad con e	Articulo Nro. 4	6 de la Ley 17	Aseguradora, de conformidad con el Articulo Nro. 46 de la Ley 17418. El plazo de denuncia será de 15 días. En el	nuncia será de	15 días. En el
	Parentesco	03	Domicilio	Documento	caso de	rallecimiento es Invalidez Total v	te plazo del Permanent	era contarse o e este plazo de	iesde que el d berá contarse	caso de railecimiento este piazo debera contarse desde que el denunciante toma conocimiento del siniestro. En caso de Invalidez Total y Permanente este plazo deberá contarse desde la finalización del período de 6 meses de	nocimiento de n del período c	I siniestro. En le 6 meses de
					invalide	z ininterrumpida	estipulado	en las Condi	iones Genera	invalidez ininterrumpida estipulado en las Condiciones Generales Comunes, sin perjuicio de que pueda ser	perjuicio de q	ue pueda ser
AT					denunci 7. Los A	ado durante el cil segurados que s	ado periodo e jubilen po	ر drán hacer usc	de la opción e	denunciado durante el citado período. 7. Los Asegurados que se jubilen podrán hacer uso de la opción establecida, salvo manifestación en contrario, de	anifestación er	contrario, de
					acuerdo	acuerdo con lo estableci	do en el Arti	culo Nro. 14 de	las Condicion	acuerdo con lo establecido en el Articulo Nro. 14 de las Condiciones Generales Comunes, contratando un seguro de Vida Individual	unes, contratar	ndo un seguro
I Todo el personal asegurado deberá designar beneficiario	l designar beneficiario.				8. Las a	cciones fundada	s en esta p	óliza prescribe	n al año de se	2. La serciones fundadas en esta póliza prescriben al año de ser exigible la obligación correspondiente. Para el Panaficiario el plazo de praecripción se computa desde que conocela existencia del panaficio para en pindún caso	ión correspond	liente. Para el
Lugar y fecha:			Firma del Asegurado		excede	á de tres (3) años	desde el na	cimiento de su	derecho a la p	excederá de ters (3) alors posto posto por compara acceso que conscorar acceso para del Presenta estación de s excederá de ters (3) alors consideran en accimiento de su derecho a la prestación por parte del Asegurados () o los focas respectos contras de la Nación acto de la Nación acto.	del Asegurador	
			(o impresion digital):		9. LOS A situació 721 (CP	segurados podra n económica fina . 1067) Capital Fe	n solicitar ir nciera de la ederal, o pol	rormacion ante Entidad Asegi teléfono a los	ra Superinten Iradora dirigiér Iros. 4343-909	s., cos Assigurados podran solicitar información ante la superintendentala de seguros de la Nación con relación a la situación económica financiera de la Entidad Aseguradora dirigiéndose personalmente o por nota a: Julio A. Roca 7721 (CP. 1067) Capital Federal, o porteléfono a los Nros. 4343-9090 / 4331-0188 / 4331-7456.	de la Nacion co te o por nota a: 1-7456.	n relacion a la Julio A. Roca